Territorial
Dirección Territorial de Salud de Caldas

SUBSISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD
Proceso Gestión de Asistencia Técnica
Procedimiento Asesoría y Acompañamiento
Instrumento Habitante en Calle

Fecha: 2024/10/03

Fecha de aplicación de información: 28 agosto 2025

Institución que realiza la captura de información: ESE Hospital Sagrado corazó

Ubicación

1. Nombre del Municipio: Norcasia caldas
2. Sector en el que permanece con mayor frecuencia: parque principal
3. Teléfono: 3008655180
5. Afiliación a EPS: [X] SI [ ] NO ¿Cuál? S/total.

Identificación del entrevistado

6. Tiene o ha tenido documento de identificación: [SI] [NO]
7. Tipo de documento de identidad: [CC] [TI] [RC] [CN] [CE] [SC] [PA] [AS] [MS] [PEP]
8. Número de identificación: 4407521
9. Proporciona información de identificación inmediata: [X] SI [ ] NO
10. 1er. Nombre: Fernando
11. 2do. Nombre: Gomez
12. 1er. Apellido:
13. 2do. Apellido:
14. Años cumplidos:
15. Fecha de Nacimiento:

CC Cédula de ciudadanía
TI Tarjeta de Identidad
RC Registro Civil de nacimiento
CN Certificado de Nacido Vivo
CE Cédula de extranjería
SC Salvoconducto
PA Pasaporte
AS Adulto sin identificación
MS Menor sin identificación
PEP Permiso Especial de Permanencia

16. Sexo*:
[X] Hombre [ ] Mujer
[ ] Intersexual [ ] Por observación

17. Con cuál género* se identifica?
[X] Masculino [ ] Femenino
[ ] Mujer Transgénero [ ] Hombre Transgénero
[ ] No binario [ ] Otro ¿Cuál?
[ ] No informa

18. Cual es su orientación Sexual*:
[X] Heterosexual [ ] Homosexual
[ ] Bisexual [ ] Otro ¿Cuál?
[ ] No informa

19. Tiene usted una discapacidad? [SI] [X] NO ¿Cuál?

Powered by CamScanner

acuerdo a su cultura, pueblo o, usted se reconoce como:

- ☐ Indígena
- ☐ Rom Gitano
- ☐ Raizal
- ☐ Palenquero
- ☐ Afrocolombiano
- ☒ Ninguna de las anteriores ¿Cuál? _____

Hábitos de vida y acceso a vivienda

21. Señale si usted actualmente vive en un espacio

- ☐ Propio (casa, apartamento, bodega, casa, lote entre otros, del que es propietario o tiene tenencia)
- ☒ Arrendado o alquilado (por intervalos de tiempo distintos como meses, semanas, días, noches)
- ☐ De propiedad de familiares, amistades o conocidos
- ☐ Servicio Social de Alojamiento temporal o permanente*

22. De los siguientes factores, cuál cree que tiene mayor impacto en su vida actualmente: (Seleccione una sola respuesta)

- ☐ No tiene acceso a ningún espacio distinto a la calle
- ☒ Falta de trabajo o de fuente de ingresos
- ☐ Falta de redes o grupos de familiares, amigos, conocidos o instituciones que le brinden apoyo
- ☐ Falta de acceso y/o tratamiento para temas de salud
- ☐ Estigma y discriminación que dificulta la participación en redes afectivas, laborales de protección, entre otras
- ☐ Es víctima de algún tipo de violencia
- ☐ Tiene ingresos pero son insuficientes para vivir como quisiera
- ☐ Otro, cuál _____

23. Cuál es su principal motivo para estar con mayor frecuencia en la calle: seleccione una opción

- ☒ No tener ingresos fijos
- ☐ Tiene ingresos pero son insuficientes
- ☐ No tiene redes que lo apoyen para vivir de forma diferente
- ☐ La oferta de vivienda que existe tiene precios superiores a sus ingresos
- ☐ No tiene acceso a servicios de atención que le permitan cambiar sus condiciones.
- ☐ No cree que pueda vivir de otra forma
- ☐ Otro, cuál _____

24. Hace cuánto tiempo hace de la calle el escenario propio para su supervivencia

- ☐ Menos de un mes
- ☐ Entre 1 mes y 3 meses
- ☐ Entre 4 meses* y hasta 1 año
- ☒ Más de 1 año

25. ¿Cuales son las dos principales razones para que se encuentre la mayor parte del tiempo en calle ?

- ☐ Conflictos de convivencia con familiares o personas con las que vivía
- ☐ Violencia intrafamiliar
- ☒ El dinero que gana no alcanzaba para paga un lugar en el que vivir
- ☐ Desalojo o perdida de vivienda
- ☐ Violencia de pareja
- ☐ Un problema de salud físico o mental
- ☐ Pérdida de fuente de ingresos o trabajo
- ☐ Egreso de un servicio de protección
- ☐ El conflicto armado
- ☐ Consumo problemático de sustancias psicoactivas (afectaba sus relaciones interpersonales, el trabajo, el estudio, otros)
- ☐ Egreso de una institución penitenciaria o de reclusión
- ☐ La pandemia ocasionada por coronavirus COVID19
- ☐ Ser migrante sin redes de apoyo
- ☐ Haber estado en situación de calle previamente y volvio a estarlo actualmente
- ☐ Abuso sexual
- ☒ Por voluntad propia
- ☐ Otro, cuál _____

Integración social

26. Actualmente se encuentra en contacto con

- ☐ Familiares*
- ☐ Instituciones
- ☐ Amigos o conocidos
- ☐ Otros

Frecuencia

- ☐ Diario
- ☐ Semanal
- ☐ Al menos una vez al mes
- ☐ Mas de una vez al mes

Powered by CamScanner

☐ Al menos una vez cada seis meses ☐ Al menos una vez al año

27. El último mes, el lugar donde duerme o vive lo comparte (Puede seleccionar varias respuestas)

☐ Con familiares (padres o padrastros, sus hijos y/o hijastros, sus hermanos/ hermanastros, otros familiares)
☒ Su pareja
☐ Amigos
☐ Otras personas. Cuales _____
☐ Nadie

28. De las siguientes actividades seleccione las dos a las que dedica mayor cantidad de tiempo en el día:

☒ Generar ingresos
☐ Educación/ cultura
☐ Deporte y/o actividades recreativas
☒ Asistir a servicios de salud
☐ Asistir a servicios sociales
☐ Actividades para el autocuidado (alimentarse, bañarse, donde dormir)
☐ Consumir o estar bajo efecto de Sustancias Psicoactivas SPA
☐ Otro, cuál _____

29. En el último mes, cuando tuvo las siguientes necesidades acudió con mayor frecuencia a: (seleccione una respuesta por fila)

☐ Vecinos, conocidos o familiares
☐ Ninguna
☐ Servicios sociales y de salud

Necesidades:		
	☐ Alimentos	☐ Recreación
	☐ Dinero	☐ Dormitorio
	☐ Asearse	☒ Salud

30. ¿Sabe leer y escribir?

☒ SI ☐ NO

31. El último nivel educativo que estudió fue:

☐ Ninguno
☐ Básica primaria completa
☐ Básica secundaria completa
☐ Media academica / Media técnica completa
☐ Normalista
☐ Postgrado
☐ Preescolar
☒ Básica primaria incompleta
☐ Básica secundaria incompleta
☐ Media academica / Media técnica incompleta
☐ Superior (universitaria)
☐ Sin información

32. ¿En los últimos 30 días ha sufrido uno de las siguientes situaciones de afectación a su integridad?

SITUACIONES

☐ Violencia interpersonal (agresión intencional que tiene como resultado una lesión o daño)
☐ Violencia sexual
☐ Violencia física
☐ Violencia psicológica (verbal, emocional)
☐ Lesiones por eventos de transporte
☐ Lesiones accidentales
☐ Mendicidad obligada (coacción)
☐ Intercambio de sexo por dinero, protección o drogas
☐ Violencia entre familiares
☐ Violencia contra niños, niñas y adolescentes
☐ Violencia de pareja
☐ Violencia entre otros familiares
☐ Violencia al adulto mayor
☐ Ninguna

33. ¿Denunció estas situaciones? ☐ SI ☐ NO ¿Cuál?_____

34. ¿Le brindaron información para acceder a la ruta de atención cuando denuncio? ☐ SI ☐ NO

Powered by CamScanner

de una respuesta)

- [ ] construcción o similares
- [x] Ventas informales
- [ ] Cantando, haciendo malabares, cuentería, artesanía o similares
- [ ] Dinero que recibe de la familia o redes de apoyo
- [ ] Actividades sexuales pagadas
- [ ] Aseo/limpieza
- [ ] Limpiando vidrios, cuidando carros, tocando llantas o similares
- [ ] Recogiendo y vendiendo material reciclable
- [ ] Actividades relacionadas con comercio o distribución de sustancias psicoactivas
- [ ] Otro, cual _____

Condiciones de salud

36. Usted cree que actualmente tiene problemas de salud física que requieren atención — [ ] SI [ ] NO

37. Usted cree que actualmente tiene problemas de salud mental que requieren atención — [ ] SI [ ] NO

[ ] NINGUNA

38. En el último mes, tuvo un problema grave de salud, o alguien le manifestó preocupación por situaciones de su salud relacionadas con:

SITUACIONES	ESTA ACTUALMENTE EN TRATAMIENTO
[ ] Sistema digestivo (diarrea, vómito)	[ ] SI [ ] NO
[ ] Sistema respiratorio (tos frecuente, dificultad respiratoria, gripa, asma, EPOC)	[ ] SI [ ] NO
[ ] Tuberculosis	[ ] SI [ ] NO
[ ] Afecciones de piel (úlceras, flebitis, granos, caranchos, ladillas, piojos)	[ ] SI [ ] NO
[ ] Sistema cardiovascular (úlceras varicosas, problemas del corazón, soplos, hipertensión)	[ ] SI [ ] NO
[ ] Afecciones de los ojos (ardor y ojos rojos)	[ ] SI [ ] NO
[x] Afecciones vías urinarias (ardor para orinar)	[ ] SI [ ] NO
[ ] Infecciones de Transmisión sexual (venéreas)	[ ] SI [ ] NO
[ ] Sífilis, Gonorrea	[ ] SI [ ] NO
[ ] Hepatitis	[ ] SI [ ] NO
[ ] VIH	[ ] SI [ ] NO
[ ] Depresión, ansiedad u otra enfermedad mental	[ ] SI [ ] NO
[ ] Intento de suicidio	[ ] SI [ ] NO
[ ] Consumo de Sustancias Psicoactivas-SPA	[ ] SI [ ] NO
[ ] Sobredosis	[ ] SI [ ] NO
[ ] Convulsiones	[ ] SI [ ] NO
[ ] Como consecuencia de una lesión por accidente	[ ] SI [ ] NO
[ ] Como consecuencia de una lesión por violencias	[ ] SI [ ] NO
[ ] Problemas odontológicos	[ ] SI [ ] NO
[ ] Eventos relacionados con la gestación	[ ] SI [ ] NO
[ ] Ninguna de las anteriores	
[ ] Otro, cuál _____	

39. Qué hizo cuando se presentó el problema de salud más grave? (en caso de que haya realizado más de una de las posibilidades listadas, señale las dos que más utilizó)

- [ ] Se cuidó solo
- [ ] Fue a una farmacia
- [ ] Fue a un servicio de alojamiento
- [ ] Fue donde una persona reconocida como sanador que no es profesional de salud
- [ ] Pidió ayuda a un familiar o amigo
- [ ] Fue a hospital o centro de salud
- [ ] Fue donde una autoridad indígena espiritual (taita o chaman)
- [ ] Nada

40. Tiene usted alguna dificultad para realizar las siguientes actividades (puede seleccionar varias respuestas)

- [ ] Oir la voz o los sonidos
- [ ] Ver de cerca, de lejos o alrededor
- [ ] Agarrar o mover objetos con las manos
- [ ] Hablar o conversar
- [ ] Mover el cuerpo, caminar
- [ ] Entender, aprender, recordar o tomar decisiones por si mismo(a)

Powered by CamScanner

☐ [illegible] ☐ Relacionarse con [illegible] con las mismas personas

☐ [illegible] las actividades diarias sin [illegible] consumo.

41. Consume actualmente Sus anotas Psicoactivas SPA? SI NO

42. Que tipo de tratamiento de atención en salud ha recibido para el consumo de SPA

☐ Ninguno ☐ Consulta externa

☐ Residencial-cerrado-internado ☐ Ambulatorio-abierto

☐ Hospital dia ☐ Hospital noche

43. He tenido sobredosis por consumo de drogas en el último año? SI NO

44. Recibio tratamiento por la sobredosis? SI NO

45. Frente a la inyección de drogas

☐ Nunca me he inyectado drogas ☐ Me he inyectado drogas alguna vez en la vida

☐ He compartido material de inyección ☐ He recibido KITS o jeringas de la secretaría de salud

46. Cuáles son las dos principales sustancias que ha consumido en los últimos tres meses, cual es la vía de administración y la frecuencia de consumo.

	SUSTANCIAS	FORMA DE CONSUMO
☐	Tabaco (cigarrillos, tabaco para mascar, cigarros, etc.)	Oral / Fumada / Inhalada / Esnifada / Inyectada / Otra cual?
☐	Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores espirituosos, etc.)	Oral / Fumada / Inhalada / Esnifada / Inyectada / Otra cual?
☐	Cannabis (marihuana, por, hierba, hachis, etc.)	Oral / Fumada / Inhalada / Esnifada / Inyectada / Otra cual?
☐	Cocaína (perico, piedras, crack, etc.)	Oral / Fumada / Inhalada / Esnifada / Inyectada / Otra cual?
☐	Estimulantes anfetamínicos (anfetamina, bala, éxtasis, etc.)	Oral / Fumada / Inhalada / Esnifada / Inyectada / Otra cual?
☐	Inhalables (gases nitrosos, adhesivos, combustible, solventes de pintura, etc.)	Oral / Fumada / Inhalada / Esnifada / Inyectada / Otra cual?
☐	Sedantes o Pildoras para dormir (Diazepam, Alprazolam, Flunitrazepam,	Oral / Fumada / Inhalada / Esnifada / Inyectada / Otra cual?
☐	Alucinogenos (LSD, ácido, hongos, trips, Ketamina, etc.)	Oral / Fumada / Inhalada / Esnifada / Inyectada / Otra cual?
☐	Opiáceos (heroina, morfina, metadona, Buprenorfina, codeina, etc.)	Oral / Fumada / Inhalada / Esnifada / Inyectada / Otra cual?
☐	Otro tipo - especificar*	Oral / Fumada / Inhalada / Esnifada / Inyectada / Otra cual?

47. Con que frecuencia la consume:

☐ Una o dos veces ☐ Mensualmente

☐ Semanalmente ☐ Todos o casi todos los días

Otros aspectos relevantes para el territorio

48. Lugar de la entrevista

☒ Espacio público (Acera, parque, playa e.t.c.) ☐ Dormitorio transitorio (hotal, pago por dia, inquilinato, residencia, camarote)

☐ Servicio social ☐ Vivienda de un familiar o conocido

☐ otro Cual_____

49. Municipio en el que vivió antes de este

☐ Siempre ha vivido en este ☐ No se acuerda

☒ Nombre del municipio filandia quindio

50. Migrante SI NO

☐ Regular

☐ Irregular

Nombre país de origen _____

51. Sabe si hay programas de la Alcaldía que lo atiendan SI NO ¿Cuales? _____

Powered by CamScanner

Quien realiza la encuesta: Lady Yaparra

A DE TRATAMIENTO DE LOS DATOS: Al proporcionar sus datos personales a través de este formulario, usted otorga su consentimiento para que se recojan, almacenen y utilicen de acuerdo con nuestra política de tratamiento de [illegible] contenida en la página web de la OTS en http://[illegible]. Sus datos serán utilizados únicamente con fines específicos relacionados con nuestro objetivo, y no serán compartidos con terceros sin su [illegible]. Además, usted tiene el derecho de acceder, modificar o eliminar sus datos personales en cualquier momento, así como de revocar su consentimiento.

Elaborado por: Observatorio Social de Salud - OTSC
Fecha de elaboración:

Powered by CamScanner